



## Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet

Jean-Louis Pedinielli, Georges Rouan, Guy Gimenez

### ► To cite this version:

Jean-Louis Pedinielli, Georges Rouan, Guy Gimenez. Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet. *Pratiques Psychologiques*, 1995, 2, pp.3-10. hal-01380414

**HAL Id: hal-01380414**

**<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01380414>**

Submitted on 13 Oct 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet

**Jean Louis PEDINIELLI**

*Professeur de Psychopathologie,*  
Université de Provence. E.A. Psychologie et  
Psychopathologie Cliniques. U.F.R. de  
Psychologie. Université de Provence,  
29 av Robert Schumann, 13621 Aix en  
Provence Cedex 1.

Georges ROUAN

*Maître de Conférences de Psychologie  
Clinique.*  
E.A. Psychologie et Psychopathologie  
Cliniques. U.F.R. de Psychologie. Université  
de Provence, 29 av Robert Schumann, 13621  
Aix en Provence Cedex 1.

Guy GIMENEZ

*Maître de Conférences Associé.*  
U.F.R. de Psychologie. Université de Pro-  
vence, 29 av Robert Schumann, 13621 Aix en  
Provence Cedex 1.

## REMERCIEMENTS:

*Les auteurs remercient le Docteur Pascale  
Bertagne pour son aide dans la rédaction de  
ce travail.*

## SUMMARY

*The recent introduction of Quality of Life assessment in the field of somatic and mental diseases implies a modification of the Subject's conceptions. Analysis of Quality of Life scales points out various quite heterogenous indicators : physical abilities, social environment, productivity, occupational activities, income, leisures, housing conditions, well-being, objective living conditions, social adjustment, in-wardness (aesthetic or religious experiences, reflection), interpersonal fits... However, study of Quality Life is incomplete without reference to subjectivity. Introducing that purpose in the study of psychotic patients implies a change in psychosis conception and restores a subject different of his illness.*

*Key-Words: Quality of Life,  
Handicap,  
Mental Disorders, Medicine, Subjectivity*

L'intérêt des cliniciens de terrain pour les conditions de vie de leurs patients n'est pas un phénomène nouveau. En revanche, les études pragmatiques sur la qualité de vie des malades, fondées sur des données objectives sont récentes (voire très actuelles dans la psychiatrie française). La parution en 1992 d'un journal scientifique, le «Quality of Life Research. An international Journal of Quality

PEDINIELLI, J. L., ROUAN, G., GIMENEZ, G. 1995. Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet. *Pratiques Psychologiques*, 1995, 2, 3-10.

Mots clefs :

Qualité de vie, conditions de vie, subjectivité.

Résumé : les auteurs analysent de manière critique les préalables et les conséquences de la mesure de la qualité de vie dans le domaine de la psychopathologie et la psychologie clinique.

of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation», consacré à ces recherches témoigne de leur développement, y compris dans le domaine de la Santé Mentale. Nous souhaitons analyser de manière critique les préalables et les conséquences de la mesure de la qualité de vie dans notre domaine (Psychopathologie et Psychologie Clinique), et montrer que l'intérêt pour la qualité de vie des malades (a fortiori des malades mentaux) implique une modification du statut du sujet dans le domaine de la santé.

Si le terme «qualité de vie» paraît se suffire à lui-même, suggérant au gré de chacun les multiples facettes d'«une vie de qualité», sa définition opérationnelle est apparemment plus difficile à fournir. Bien que l'O.M.S. ait pu la considérer comme la perception par un individu «de sa place dans l'existence, dans les contextes de sa culture et de son système de valeurs et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes», les délimitations opérationnelles tentant de définir des indices sont naturellement plus vagues. Pour certains, elle représente les conditions de vie objectives dans différents domaines et leur appréciation subjective. Pour d'autres, («health related quality of life»), elle se définit à partir de la maîtrise de l'environnement de la personne telle qu'elle apparaît à travers le recensement de ses capacités, de ses performances, de ses limites fonctionnelles. Enfin, elle peut aussi être opérationnalisée à partir de caractéristiques psychologiques générales, des phénomènes pouvant avoir une influence sur elles (stress, soutien social, degré de contrôle sur la vie etc...) et du sentiment de bien-être (19).

Il apparaît ainsi, à côté de la définition théorique qui se réfère clairement à la subjectivité, une construction plus empirique, que nous serions tentés de nommer la «qualité de vie mesurée», et qui fait appel à un champ très large traversé par des logiques différentes. Toutefois, les rapports subjectif/objectif, la production d'indices fiables, la prise en compte des perceptions du sujet et de sa satisfaction demeurent des constantes dans les constructions empiriques. Les failles de la conceptualisation entraînent une définition de la «quali-

té de la vie mesurée» à la fois empirique et pragmatique.

#### LA «QUALITÉ DE VIE MESURÉE»

L'évaluation de la qualité de vie procède le plus souvent d'une quantification, mais l'important n'est pas tant l'opposition qualitatif/quantitatif que la manière dont la qualité est transformée en phénomènes mesurables, c'est-à-dire en indicateurs pertinents. La reprise des échelles actuellement utilisées montre en effet que leurs items dessinent une «qualité de vie mesurée» subtilement différente de celle définie par l'O.M.S. Les échelles recensées (17, 18, 19, 11, 23) sont spécifiques des populations auxquelles elles s'adressent : malades présentant un trouble somatique chronique (3, 15), malades mentaux bénéficiant d'un programme de réhabilitation (20). La plupart de ces échelles posent principalement un problème de validité de contenu. Les échelles pertinentes et d'usage courant comme la Satisfaction with Life Domains Scale (1, 2), le Quality of Life Interview (17.9), le Oregon Quality of Life Questionnaire de Bigelow (5), ou l'Enquête sur la Qualité de Vie (20) offrent de bonnes qualités métrologiques, ce qui n'est pas le cas de toutes les échelles utilisées dans le domaine somatique (notamment le Sickness Impact Profile). Mais l'analyse de leur contenu et de leur structure factorielle, tend à montrer que les indicateurs choisis sont divers pour ne pas dire hétérogènes : capacités physiques, entourage social et familial, productivité, activités professionnelles, ressources financières, activités de loisir, caractéristique des conditions de résidence, état de santé, conditions objectives de vie, adaptation sociale, vie intérieure (expériences religieuses ou esthétiques, réflexion...), adaptation interpersonnelle (exercice des différents rôles)... Après une période «objectiviste» où seuls les indicateurs factuels étaient retenus, les travaux se sont attachés à dégager aussi les positions subjectives (appréciation, degré de satisfaction, degré de gêne, capacités de coping, voire attentes du sujet...) attachées à ces indices. Il

devenait alors évident que la «qualité de vie mesurée» ne pouvait se confondre avec un indice économique et qu'elle recelait de manière inaperçue la question du bien-être et, partant, du bonheur (comme le révèle le titre d'un article de Michalos (21) : «Satisfaction and happiness»). Les références à l'American Way of Life ne sont pas éloignées (7. S) et viennent limiter la portée des critères objectifs.

La mise à plat des échelles montre que les phénomènes qu'elles mesurent sont parcelaires. Que des indices d'un phénomène soient dispersés n'est pas étonnant (encore que la faiblesse des corrélations internes entre les facteurs de certaines échelles soit parfois gênante) mais apparaît une tendance injustifiée à envisager toutes les variables psychosociales comme des indicateurs pertinents. La plupart sont eux-mêmes dépendants d'autres phénomènes, ce qui signifie que la «qualité de vie mesurée» est statistiquement contrainte par des phénomènes psychologiques plus larges comme l'effet des «stresseurs», les caractéristiques psychologiques individuelles, les conséquences objectives de la maladie... La mesure ne peut donc être que relative à un état spécifique, voire à des sujets dont on compare les réponses avant et après la situation considérée (traitement, issue de la maladie, sortie...). Mais si les critères objectifs peuvent faire l'objet d'une pondération pertinente par étude des variables modératrices, l'analyse de la subjectivité est plus difficile : si sa nécessité est irrécusable, le contrôle des variables modératrices est incertain. Bech (4) ne s'y est d'ailleurs pas trompé lorsqu'il oppose les méthodes nomothétique (choix de l'échelle la moins biaisée et construite pour le trouble étudié) et idiographique (construction d'une échelle herméneutique ou significative pour le patient singulier) pour conclure que l'index d'amélioration clinique est le plus approprié pour juger de la pertinence de ces deux méthodes. Enfin la mesure, faute d'un modèle défini, peut conduire à des simplifications cliniques (11) en amenant à confondre différents niveaux et à faire de la qualité de vie la somme de variables psychosociales et physiques hété-

rogènes. La qualité de vie est donc un phénomène complexe, multi-factoriel, dont nous ne percevons que des indicateurs partiels, eux-mêmes sous la dépendance de dimensions qui échappent à la mesure.

## PLACES DE LA SUBJECTIVITÉ

La mesure de la qualité de vie est désormais inconcevable sans une référence à la subjectivité. Cette démarche n'est certes pas apparue d'emblée (15) et marque un changement dans la manière dont on se représente le malade. Mais quelle subjectivité ? La subjectivité, telle qu'elle apparaît dans la «qualité de vie mesurée», est techniquement conçue à deux niveaux : les aspects subjectifs de la qualité de vie, mais aussi l'impact de la subjectivité sur l'évaluation de la qualité de vie. Le premier niveau représente un changement important mais pas une rupture puisqu'il s'agit d'intégrer la satisfaction, les émotions, le jugement, l'appréciation personnels dans les échelles et de ne pas réduire la qualité de vie à des indices indépendants de celui qui en est le témoin. En revanche, le second niveau est déterminant car il pose la question de la rupture entre le registre référentiel et le registre modal, rupture que la méthode des questionnaires tente généralement d'annuler. De quoi s'agit-il ? L'entretien permettant d'évaluer la qualité de vie requiert de la personne un certain nombre d'informations - que l'on veut objectives - qui constituent le référent (que dit-il des choses et des états mentionnés ?), mais il intègre aussi la position du sujet à l'endroit de ces éléments (que dit-il de ce qu'il en pense ?). Le pas épistémologique est essentiel puisqu'il implique que puisse exister un décalage entre ce qui est décrit et la place à laquelle se situe le sujet lorsqu'il formule un jugement auto-référence. Il reste néanmoins que la «subjectivité» en cause ici est plus proche des notions de jugement personnel, de position, de perception relative à un individu, que de la question du sujet au sens linguistique, phénoménologique ou structuraliste (assujettissement).

L'adoption d'une référence à la subjectivité dans la «qualité de vie mesurée» n'a pas

manqué d'entraîner la découverte d'un décalage entre critères objectifs et critères subjectifs, décalage lui-même producteur d'un retournement de la question de la subjectivité. Les corrélations entre critères objectifs (fondés sur le consensus médical ou scientifique) et critères subjectifs (liés à la position du patient) sont faibles (14) ; la satisfaction objective des besoins ne conduit donc pas nécessairement à une meilleure appréciation de la qualité de vie. Ainsi la modification des éléments objectifs qui supposerait une amélioration de la «qualité de la vie mesurée» pourrait être en décalage avec la représentation que le sujet s'en fait. Leçon d'imponance pour qui réalise un programme de réhabilitation que ce décalage qui restitue la position du malade dans le rapport institution médicale-maladie. La plupart des malades chroniques considèrent la thérapeutique non pas seulement sous l'angle médical mais aussi en fonction de résultats comme la diminution des symptômes, de la limitation imposée par la maladie ou les changements des perceptions négatives liées au diagnostic, ce qui signifie que dans nombre de situations, la thérapeutique est plus gênante que la maladie ; la subjectivité du patient procède d'autres critères que ceux de la médecine (24, 25).

Les décalages observés entre aspects objectifs et subjectifs de la «qualité de vie mesurée» ont fait l'objet de références théoriques qui réintroduisent l'idée de contradictions internes à la personne qui évalue sa propre qualité de vie. La théorie des aspirations, le modèle de la comparaison sociale, la théorie de l'adéquation personne-environnement, ou la théorie de la dissonance cognitive ont été utilisées avec des résultats incertains pour rendre compte de ce phénomène. C'est toutefois la Multiple Discrepancies Theory (22) qui est considérée comme la plus pertinente. Elle estime que l'appréciation subjective de la qualité de vie résulte de la perception de l'écart entre la situation actuelle et les aspirations elles-mêmes déterminées par la situation des proches, la meilleure situation du sujet dans le passé, ses attentes actuelles, ses attentes pour le futur, ses ressources présentes,

ses besoins perçus. Mais l'importance de ce modèle ne réside pas tant dans les facteurs isolés que dans ce qu'ils supposent, à savoir une référence à un niveau extérieur à la qualité de vie constitué par les attentes, le passé, l'image soi, la valeur propre et le projet, eux-mêmes dépendants de variables de personnalité, du conflit psychique et de l'histoire personnelle.

L'introduction de la subjectivité affaiblit techniquement la pertinence de la «qualité de vie mesurée» puisqu'elle oblige à relativiser les résultats bruts fournis en estimant que la mesure des critères objectifs n'est pas suffisante. Mais, la prise en compte de la subjectivité, par le décalage qu'elle instaure, restitue explicitement la question de l'individualité et de la singularité.

## MUTATIONS DU STATUT DU SUJET

Le rétablissement de la singularité peut paraître banal si l'on oublie que la réflexion sur la «qualité de vie mesurée» provient de la médecine somatique et de la psychiatrie, domaines dans lesquels la question du sujet n'était pas, jusqu'à une époque récente, considérée primordialement. En clinique, ce sont d'abord les médecins somaticiens préoccupés du traitement d'affections chroniques qui ont envisagé la question. Puis la psychiatrie, confrontée au problème de l'«extériorisation» des malades mentaux a mis en place, dans le cadre de l'évaluation des services de réadaptation et de réinsertion sociale, une réflexion sur la vie qui était faite aux malades. Ce n'est d'ailleurs pas un moindre paradoxe de la question de la «qualité de vie mesurée» que de constater que la Médecine, puis la Psychiatrie ont été les précurseurs de la Psychologie Clinique que sa position théorique - idéologique même - prédisposait à une réflexion de cet ordre.

En Médecine l'intérêt pour la mesure de la qualité de vie est l'indice d'une transformation de ce qui a constitué le noyau même du projet épistémologique médical, à savoir le primat du diagnostic de la maladie ainsi que la séparation radicale entre la réalité scienti-

fique de la maladie et ce que peut en éprouver le malade. S'intéresser à la qualité de vie c'est, à partir de la notion de handicap conçue comme conséquence psychosociale de la maladie, envisager un au-delà du diagnostic, du pronostic et du traitement, c'est rétablir la dimension du «porteur» de la maladie, du «bénéficiaire du traitement» après l'instant de la décision et c'est établir l'acte médical dans sa dimension sociale. Mais introduire dans l'appréciation de cette qualité de vie des «variables subjectives» c'est aussi admettre la parole du patient dans l'évaluation des effets de l'intervention de la Médecine et donc replacer l'individu dans la maladie. Certes, le sujet dont il s'agit ne s'exprime qu'à travers des réponses faisant l'objet d'une cotation, mais les opinions du malade sont au moins envisagées et recueillies comme témoignages. Toutefois pour essentiel que soit ce changement, il reste naturellement lié à l'efficacité «sociale», «fonctionnelle», «humaine» d'une réadaptation et ne modifie pas la démarche diagnostique dans laquelle le sujet disparaît toujours derrière le signe. Mais en même temps ce recours nécessaire à la subjectivité du patient introduit une dimension illocutoire puisque le sujet accomplit un acte en se posant comme référent à l'intérieur d'un schéma objectivant.

La Psychiatrie, pour médicales que soient ses identifications, n'en fonctionne pas moins sur d'autres paradigmes et la conception du sujet qui la fonde n'est qu'en partie commune avec celle de la Médecine. La plupart des travaux sur la «qualité de vie mesurée» portent sur des patients souffrant de troubles mentaux sévères, c'est-à-dire des sujets psychotiques. Or la tradition psychiatrique s'est fondée sur la séparation entre la psychose (héritière médicale d'une partie de la «folie») et les autres troubles, ou bien entre le sujet psychotique et les autres sujets (névrosé ou pervers) ; le psychotique est posé comme radicalement différent dans son rapport aux choses et aux symboles (perte des rapports à la réalité, perte des significations, remise en cause de l'identité...). Interroger un psychotique sur la qualité de sa vie ne va pas de soi.

L'intérêt pour la qualité de vie des patients psychotiques se situe dans l'après-coup de la désaliénation institutionnelle et il a la particularité de soutenir que le cadre de vie des psychotiques peut ne pas être dénué d'intérêt et surtout qu'ils peuvent être juges - et juges fiables - de leur environnement. Pour problématique que puisse être une telle position au regard de la psychopathologie, elle n'en aboutit pas moins à tenter de ne plus invalider le discours et le jugement des malades, voire à leur restituer une parole et un avis sur leurs conditions concrètes d'existence.

Naturellement, cette procédure s'appuie sur la distinction de la maladie mentale et du handicap qui lui est secondaire mais là n'est pas le point le plus déterminant dans la manière de penser le malade mental car c'est bien d'une subtile transformation du sujet de la folie qu'il s'agit. Contrairement aux discours théoriques - et idéalistes - qui ont statué sur le sujet de la psychose, parfois de manière décalée des réalités de la psychose au quotidien, les «praticiens de la mesure de la qualité de la vie» ne se sont nullement engagés dans un débat épistémologique. Ils ont en revanche procédé d'une manière qui, implicitement, engage une autre conception du sujet malade mental. Naïveté, réductionnisme ou pragmatisme ?

Le débat théorique s'est toujours situé autour de la question du décalage entre le sujet et la psychose. Jusqu'alors nous avons surtout admis, dans la tradition de l'aliénisme de la fin du XIX<sup>e</sup>, que le sujet «était psychotique» et que, comme tel, il ne pouvait se situer en tant que sujet autonome, mais une autre conception pourrait restituer le décalage entre le sujet et la maladie, c'est-à-dire considérer que le sujet «a une psychose». Cette dualité engage de nombreux problèmes en Psychologie Clinique et en Psychopathologie, tant dans l'activité pratique que dans l'élaboration théorique. L'opposition entre l'avoir et l'être, entre les attributs et l'essence, est impliquée dans la pratique des tests projectifs, dans le statut du symptôme et ses implications thérapeutiques et éthiques, autant que dans les conceptions de l'origine de la pathologie men-

tales (débat entre organogenèse, psychogenèse et causalité psychique) (16). Si l'on admet, comme dans la maladie organique, que la pathologie mentale grave est du registre de l'attribut, le sujet ne saurait alors se confondre avec elle. Mais est-il dès lors possible de rendre compte de la psychose sans tenir compte des modifications de l'identité qui en sont tant les critères de définition que le processus ? Le problème principal est donc la part de libre-arbitre laissée au sujet psychotique.

Même si nombre de psychopathologues ont exprimé leurs réticences aux nouvelles approches objectivantes en santé mentale en prenant parfois argument du fonctionnement spécifique et irréductible du sujet psychotique, il n'y a pas qu'une conception exclusive du sujet de la psychose. La position de Pinel notamment impliquait, comme l'a montré Swain (26), que si la folie était bien complète, l'aliéné conservait toujours une distance à son aliénation ; la folie était donc la folie d'un sujet, sans que sujet et folie se confondent. C'est d'ailleurs cette position épistémologique qui permet la communication et l'intervention thérapeutiques (13, 27). Dans la même lignée, mais en se fondant cette fois sur la phénoménologie, Foucault (12) avait rappelé que le malade mental reconnaissait sa maladie et lui donnait le sens d'une irréductible différence qui le sépare de l'univers des autres. Paradoxalement, les praticiens de la «qualité de vie mesurée» sont sur ce point - et sur ce point seulement - les héritiers de Pinel puisqu'ils ne méconnaissent pas la maladie du sujet tout en maintenant - implicitement - l'existence d'une subjectivité communicable.

Si la psychiatrie postérieure à Pinel exclut le sujet, la psychanalyse freudienne le réintroduit de manière particulière en l'évoquant sous la forme du sujet de l'inconscient. La position de Lacan est sur ce point décisive lorsque s'opposant à Ey qui voyait dans la folie une entrave et une insulte à la liberté, il affirme que le fou aurait une idée adéquate de la folie qui serait une vérité que l'homme porte en lui comme limite à sa liberté. La conséquence de cette position est toutefois la réduction du sujet au sujet de l'inconscient ce qui

laisse de côté l'accès à la subjectivité. Dans cette logique certains ont pu réduire le sujet psychotique à son fonctionnement inconscient et, fort de la mise en cause de l'épreuve de réalité, estimer que le psychotique ne pouvait rendre compte ni de sa maladie ni de la réalité. Or s'il paraît logique, dans la pratique analytique, de se fonder exclusivement sur le sujet de l'inconscient, il n'en va pas de même en psychiatrie et en psychopathologie, notamment pour les thérapeutiques symptomatiques, les événements et les phénomènes de contexte (auxquels appartient la qualité de la vie). La perception par le malade de sa différence, son décalage d'avec sa maladie témoigneraient de ce que le sujet ne se confond pas avec la psychose et qu'il puisse être le témoin de sa condition. Mais le problème posé par l'évaluation de la qualité de vie des sujets psychotiques est plus celle du jugement, de la subjectivité, que de la reconnaissance de la maladie bien que les deux soient cependant liées.

Les outils, du moins pour ce qui a trait à l'appréciation subjective, s'adressent avant tout au jugement, à l'estimation, à la connaissance de l'environnement, au décalage entre ce qui est souhaité et ce qui est perçu, éléments qui pour être sous l'influence du sujet de l'inconscient n'en procèdent pas moins d'une autre logique. En conférant au malade psychotique la possibilité de porter un jugement sur son environnement, mais aussi sur sa manière de l'appréhender, en considérant comme recevable le résultat de ses appréciations on annule ni la maladie ni le handicap, mais on décale le sujet de la maladie et on restitue certaines fonctions d'un Moi que l'on aurait souvent tendance à se représenter comme éclaté. Sans que ces travaux pragmatiques se soient préoccupés clairement de la question du sujet, leur référence à une subjectivité du malade, à un avis sur ses conditions d'existence introduit néanmoins la possibilité que la psychose ne soit pas caractérisée par l'erreur de jugement sur la réalité et sur le social. Pari qui repose évidemment sur la distinction entre phases aiguës de la maladie et amendement des troubles majeurs dans le long cours.

## CONCLUSION : UNE QUALITE EN ATTENTE DE MODÈLES.

La mesure de la qualité de vie, appliquée à des malades somatiques ou à des malades mentaux représente pour nous un progrès à noter. Mais celui-ci ne tient pas tant à la reconnaissance du handicap qu'à la manière dont s'esquisse, dans les marges de la Médecine, de la Psychiatrie et de la Psychopathologie, une transformation dans la conception du sujet. Certes, il s'agit le plus souvent de travaux empiriques dénués de substrats théoriques clairement énoncés, même s'ils se fondent implicitement sur des conceptions émanant de la psychologie de la santé (6) et du modèle bio-psycho-social (10), conceptions qui ne se réfèrent pas à une théorie de la subjectivité ou du sujet. Précisément la production d'un modèle est possible à partir de ce que repèrent les procédures d'évaluation de la qualité de vie, à savoir le décalage existant entre l'objectif et le subjectif. C'est dire que dès lors qu'on instaure la subjectivité on ne peut plus considérer la «qualité de vie mesurée» de la même manière ; elle apparaît aussi pas comme une donnée brute mais comme un rapport, et doit-on le dire, un rapport parlé, une tension entre ce qui est décrit par le malade et sa position en tant que locuteur et en tant que référence de ses appréciations. Si le souci pour la qualité de vie témoigne déjà d'une mutation dans le regard porté sur le sujet psychotique, la recherche clinique sur la «qualité de vie» peut, au-delà de la mesure des aspects de la qualité de la vie, se tourner vers les différentes modalités de rapport que le sujet établit avec son environnement (comment le construit-il psychiquement ?) et proposer des modèles plus dynamiques rendant compte de la tension entre le décrit, l'éprouvé et le souhaité.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANDREWS F.M., WITHEY S.B., *Social indicators of well-being*. Plenum Press, New York, 1976, 220 p.
- 2 - BAKER F., INTAGLIATAJ., *Quality of life in the evaluation of community support Systems*, «Evaluation Program Planning», 1982, 5, pp. 69-79.
- 3 - BECH P., *Quality of life in psychosomatic research. A psychometric model*, «Psychopathology», 1987, 20, 3-4, pp. 169-179.
- 4 - BECH P., *Measurement of psychological distress and well-being*, «Psychotherapy and Psychosomatics», 1990, 54, 2-3, pp. 77-89.
- 5 - BIGELOW D.A., GARREAU M.J., YOUNG D.J., *A quality of life interview for chronically mentally disabled people*, «Psychosocial Rehabilitation Journal», 1990, 14, 2, pp. 94-98.
- 6 - BRUCHON-SCHWEITZER M., DANTZER R., *introduction à la psychologie de la santé*, P.U.F., Paris, 1994. 220 p.
- 7 - CAMPBELL A., *Subjective measures of well-being*, «American Psychologist», 1976, 31, pp. 117-124.
- 8 - CAMPBELL A., CONVERSE P.E., ROGERS W.L., *The quality of american Life*, Russell Sage Foundation, New York, 1976.
- 9 - CHAMBON O., MARIE-CARDINE M., *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale*, P.U.F, Paris, 1992, 128 p.
- 10 - ENGEL G.L., *The need for a new medical model : a challenge for biomedicine*, «Science», 1977, 196, pp. 129-136.
- 11 - FAVA G.A., MAGNANI B., *Quality of Life ; a review of contemporary confusion*, «Médical Science Research». 1988, 16, 20, pp. 1051-1054.
- 12 - FOUCAULT M., *Maladie mentale et Psychologie*, P.U.F., Paris, 1954, 105 p.
- 13 - FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972, 613 p.
- 14 - FRANKLIN J.L., SIMMONS J., SOLOVITZ B., CLEMONS J.R., *Assessing quality of life of the mentally ill; A three-dimensional model*, «Evaluation and the Health Professions», 1986, 9.3, pp. 376-378.
- 15 - HOLLANDSWORTH J.G.J., *Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life : a 5-year update..* "Social Sciences and Medicine", 1988.26, pp. 425-434.
- 16 - LANTERI-LAURA G., *Processus et psychogenèse dans l'oeuvre de J. Lacan*, «L'Evolution Psychiatrique», 1984, 49.4, pp. 975-990.
- 17 - LEHMAN A.F., *A quality of life interview for the chronically mentally ill*, «Evaluation Program Planning», 1988, 11.1, pp. 51-62.



- 18 - LEHMAN A.F., BURNS B.J., *Severe mental illness in the community*, In B. SPILKER (édit.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, New York, Raven Press Ltd, 1990, 422 p.
- 19 - MERCIER C., CORTEN P., *Évaluation de la qualité de vie de patients psychotiques*, In V. KOVESS (édit.) *Évaluation de la Qualité en Psychiatrie*, Economica, Paris, 1994, 318p.
- 20 - MERCIER C., RENAUD C., DESBIENS F., GERVAIS S., *La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté*, Santé et bien-être social, Ottawa, 1990, 153 p.
- 21 - MICHALOS A.C., *Satisfaction and happiness*, «Social Indicators Research», 1980, 8, pp. 385-422.
- 22 - MICHALOS A.C., *Multiple discrepancies theory (MDT)*, «Social Indicators Research», 1985, 16,4, pp. 347-414.
- 23 - NAJMAN J.M., LEVINE S., *Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life : a review and critique*, «Social Sciences and Medicine», 1981, 15, pp. 107-115.
- 24 - PEDINIELLI J.L., *Psychopathologie du somatique : La «maladie-du-malade»*, «Cliniques Méditerranéennes», 1993, 37/38, pp. 121-137.
- 25 - PEDINIELLI J.L., *Hypothèse d'un «travail de la maladie»*, «Cliniques Méditerranéennes», 1994, 41/42, pp. 169-189.
- 26 - SWAIN G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Privat, Toulouse, 1977, 174 p.
- 27 - TATOSSIAN A., *La subjectivité*, In WIDLÖCHER D. (édit.) *Traité de Psychopathologie*. P.U.F., Paris, 1994, 1005 p.

## RÉSUMÉ

*L'introduction récente, dans le domaine des maladies somatiques, puis des maladies mentales, de la mesure de la qualité de vie, implique une modification des conceptions du sujet en Médecine et en Psychiatrie. L'analyse des échelles utilisées pour mesurer la qualité de vie tend à montrer que les indicateurs choisis sont extraordinairement divers, pour ne pas dire hétérogènes : capacités physiques, entourage social et familial, productivité, activités professionnelles, ressources financières, activités de loisir, caractéristique des conditions de résidence, état de santé, conditions objectives de vie, adaptation sociale, la vie intérieure (expériences religieuses ou esthétiques, réflexion...), adaptation interpersonnelle (exercice des différents rôles)... L'analyse de la qualité de la vie est toutefois difficile sans référence à la subjectivité. L'introduction de celle-ci dans l'étude de la qualité de vie des patients psychotiques implique une mutation de la conception du psychotique et restitue un sujet qui ne se confond pas avec la maladie.*

*Mots-Clefs : Qualité de Vie, Handicap, Maladie Mentale, Médecine, Subjectivité*